

## SEPA – Lastschriftmandat - Datenblatt

**Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V.**  
**Friedberger Str. 31, 61169 Friedberg**

**e-mail: reinhold.merbs@wetteraukreis.de**

**Gläubiger - Identifikationsnummer: DE 1400100000872426**

**Deutsche Apotheker und Ärztebank**

**KontoNr: 000 4083704      IBAN: DE84300606010004083704**

**BLZ: 300 606 01      BIC: DAAEDED**



Ich ermächtige den **Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V.** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Bundesverband Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Kontoinhaber:Name,Vorname	
Strasse, Hausnummer	
PLZ, Ort	
e-mail:	Telefon
Kreditinstitut	BIC
IBAN <b>DE</b>	

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------